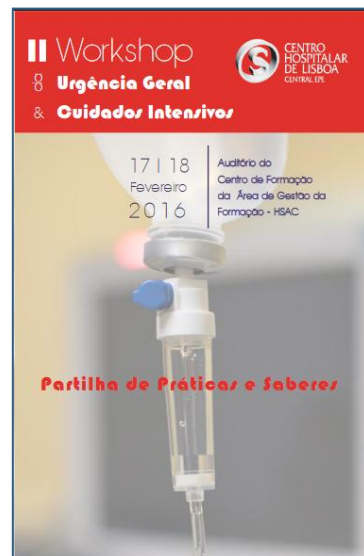


Desafios da Tomada de Decisão Autónoma em Enfermagem

2016

Workshop da Área Urgência Geral e Cuidados Intensivos
- Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos



Desafios da Tomada de Decisão Autônoma em Enfermagem

Em primeiro lugar, agradeço o desafio de "pensar desafios" - à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neurocríticos do Hospital de São José, no geral e à Sra Enfermeira Laurinda Santos, em particular. Agradeço a vossa presença nesta sala acolhedora, muitos rostos familiares, e confesso que me é grato regressar aos antigos Hospitais Cívicos de Lisboa, primeira Casa do meu percurso profissional - hoje, Centro Hospitalar Lisboa Central. Com o tema que se nos apresenta, propunha-vos um percurso em três momentos, caminhando (a partir do título) da autonomia para a tomada de decisão e, a seguir, um conjunto de desafios. Que podem, naturalmente, aumentar no nosso debate a seguir.

I. Autonomia

indica, ao mesmo tempo, a capacidade humana em dar leis a si próprio ou a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submete. Como percebemos, existe aqui uma ambiguidade entre a referência à esfera individual e à esfera coletiva e, ainda, entre um conteúdo ideal (que indica a capacidade de autodeterminação e de uma pessoa ser o verdadeiro autor das suas acções) e um conteúdo de realidade, consistente no facto de cada um de nós estar vinculado aos seus semelhantes por meio de instituições tais como leis, normas, convenções e usos, legitimadas coletivamente. Afirmaria Kant que a autonomia é a competência da vontade humana em dar-se a si mesma a sua própria lei e que é nosso dever tentar atingir a autonomia moral assim como respeitar a autonomia dos outros. Aliás, ele sintetiza isto no imperativo universal do dever: *age de tal modo que a máxima da tua vontade possa valer sempre ao mesmo tempo como princípio de uma lei universal*, e pelo imperativo prático de *agir de tal modo se tome cada ser humano como um fim em si mesmo e nunca um meio ou um instrumento de outra vontade*.

O conceito de *autonomia*, conceito aparentemente simples, é, de facto, complexo. Especialmente quando o vamos colocar no âmbito de uma disciplina do conhecimento, que se materializa numa profissão, e se exerce em plano multidisciplinar...

Entendendo a autonomia plena como a escolha concreta de um ato autónomo, numa *autonomia das preferências*, a liberdade em relação aos condicionamentos externos é certamente uma condição necessária mas não suficiente. Afinal, também sabemos que as nossas "preferências" podem muito bem ser induzidas, razão pela qual uma preferência não é necessariamente uma *autêntica* preferência, quer

dizer, fruto do exercício da autonomia pessoal. Neste sentido, uma outra condição necessária será a *reflexão sobre as preferências*, que pode ter o resultado de fazer mudar, após uma análise racional e imparcial, a preferência que pensávamos antes. Mas mesmo neste caso existem problemas, pois falta ainda definir o grau de auto-reflexão necessária para poder considerar uma preferência como plenamente autônoma.

Ademais, como avaliar o grau de autonomia em contextos específicos? Como enfermeiros, tomamos decisões no sentido de um agir que responda às necessidades das pessoas – por isso, a tomada de decisão não se dispensa, nem a ela se pode renunciar; quase que a percebemos como realidade a que não é possível escapar. E, como se percebe, a ideia de não escolher ou de se abster de uma escolha é, em si mesma, uma escolha. Afirmando, sem grandes dúvidas, que não há senão escolhas. E, enfim, um certo espaço ao acaso... O agir é, simultaneamente, fundado pela autonomia (que se exerce ao agir) e pela responsabilidade - e se tomar decisões é assumir responsabilidade, também decorre de se ter responsabilidades. Muitos factores interferem nas decisões, decerto – tanto os externos como os internos, designadamente, as emoções e o grau de autoconsciência que temos.

II. Tomada de decisão

Tomamos decisões em Enfermagem - a nossa profissão, intelectual e científica, autoregulada.

O termo profissão aplica-se quando envolve compromisso e declaração pública de prestação de um serviço; diz-se regulada quando, direta ou indiretamente, em virtude de decisões legislativas, regulatórias ou administrativas, é controlado o acesso e o exercício da profissão; é auto-regulada quando é a própria profissão que se regula. Portanto, é o órgão regulador que estabelece o acesso à profissão, o controlo do exercício (designadamente, pelas regras éticas e deontológicas bem como pela formulação de padrões de qualidade para o exercício), assume o poder jurisdicional e a sanção disciplinar, sendo a finalidade colocada ao serviço do público.

Uma profissão liberal caracteriza-se¹ pela prática com base em qualificações profissionais relevantes, na capacidade pessoal, responsável e profissionalmente independente, daqueles que prestam serviços intelectuais e conceptuais, no interesse do cliente e do público.

¹ "Liberal professions, [...] are, according to this Directive, those practiced on the basis of relevant professional qualifications in a personal, responsible and professionally independent capacity by those providing intellectual and conceptual services in the interest of the client and the public." in Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the Recognition of Professional Qualifications.

Assim, os elementos chave são as qualificações, a responsabilidade pessoal pelos atos profissionais e a independência. De acordo com a *Classificação Nacional das Profissões*, na versão de 2011, a Enfermagem está colocada no "grande grupo" 2 - «Especialistas das profissões intelectuais e científicas», "sub-grande grupo" 2.2. «Profissionais de saúde», no nível de competências 4, que envolve a execução de tarefas que requerem a resolução de problemas complexos e a investigação de domínios específicos, diagnóstico e tratamento de doenças. O sub-grupo é «Profissionais de Enfermagem», inclui enfermeiros de cuidados gerais e enfermeiros especialistas.

Tendo em conta a análise do contexto de exercício, somos uma profissão liberal, na essência do serviço e do compromisso, uma profissão classificada como intelectual e científica e cujo modelo de regulação é de autoregulação.

Quando nos tornamos e somos enfermeiros, assumimos as responsabilidades próprias da profissão - querendo, com responsabilidade, apontar "a capacidade e obrigação de responder ou prestar contas pelos próprios actos e seus efeitos, aceitando as consequências"⁽²⁾ mas, conforme os contextos - jurídico, ético, psicológico, sociológico, religioso... - pode adoptar diferentes significações. Inclui assim, e simultaneamente, as ideias de uma **capacidade** - a responsabilidade é função do nível de discernimento de que se pode fazer prova - e de uma **obrigação** - a de responder pelos atos praticados e pelos compromissos assumidos.

Quando se evoca a responsabilidade, a ideia que surge é a de que se pretende reconhecer como responsável aquele que é o autor dos seus atos – ou seja, um ato pode ser atribuído a alguém - mas a responsabilidade é também a que se exerce no compromisso assumido ou perante uma missão que nos é atribuída; quando a obrigação é de cumprir certos deveres ou de assumir certos encargos ou compromissos; portanto, quando se trata de responder por algo que nos foi confiado ou por alguém que temos ao nosso cuidado. Tanto se exige discernimento e capacidade para ajuizar como se define, classicamente, como a capacidade e a obrigação de assumir os atos e as respectivas consequências. Assim, costumo escolher três ideias para abordar a responsabilidade: a capacidade, a obrigação e o compromisso.

a capacidade. Ser-se-capaz é muito próximo de *estar preparado para responder, para prestar contas e para ser julgado, mormente à luz das promessas que fez ou dos compromissos assumidos. E ser capaz é poder*, considerando que a responsabilidade se estende tão longe quanto as nossas capacidades (e aqui estou pertinho de citar Paul Ricoeur). A capacidade da pessoa é uma questão

² Cf. Cabral, Roque (1991) «Responsabilidade», in Logos, vol. 4: 724.

central, tanto no sentido da *capacidade de* (de exercício dos poderes, de causar danos) como da *capacidade para* (ser imputável, ser responsável). O que age é *aquele que pode*: a relação da acção com quem age é uma relação do meu Eu com o conjunto dos meus atos, sejam eles palavras ou ações. Ou seja, não apenas realizamos as nossas ações, também as pensamos e as dizemos.

a **obrigação** que estabelece laços entre duas partes, refere-se a “cumprir certos deveres, assumir certos encargos, de manter certos compromissos”. Podemos pensar a obrigação tanto em sentido do prescritivo, como da incumbência de cuidado ou da fidelidade à palavra dada. A nossa responsabilidade reflete uma obrigação que assumimos, na sociedade e, por isso, tem uma relação direta com o “papel assumido perante a sociedade” (como prescreve o nosso Código Deontológico).

o **compromisso** - significa que a responsabilidade de um sujeito da acção é inseparável da ideia de missão, no sentido de que existe uma determinada tarefa a cumprir. Estamos comprometidos com o exercício da nossa profissão, o que se liga à competência dos nossos cuidados, à qualidade e à segurança, bem como à procura da excelência no que fazemos.

Tomamos decisões, e escolhemos a que fôr favorecida por maior evidência. Muitas vezes, decide-se sem grandes análises e, também, sem uma avaliação acurada do que se está a fazer - isto porque situações simples, habituais, não levantam dúvidas. Mas quanto menos familiares (logo, mais instáveis e ambíguos) forem os problemas, mais morosa e analítica tende a ser a estratégia da decisão. Face a uma situação nova (ou inesperada) em que se exige uma decisão, somos desafiados (ou forçados) a reflectir no que estamos a fazer e temos de explicar os motivos que nos levaram a agir (ou não) de determinada forma.

Sem grandes delongas, dir-se-ia que fazemos o que os autores (em síntese) referem: recolhemos informação preliminar, a seguir, equacionamos várias hipóteses, umas mais plausíveis que outras, seguimos um processo de raciocínio interpretativo, em que incluimos os elementos diferenciais, pesamos prós e contras das hipóteses ou alternativas colocadas.

As questões primordiais da deliberação são: o que fazer para obter um determinado resultado? E como o fazer? A deliberação põe necessariamente em jogo a subjetividade e um determinado objetivo. Na prestação de cuidados, encontramos face a situações que são sempre, num certo sentido, únicas, e trata-se de saber qual a ocasião, o momento favorável, para agir. Somos nós que temos de decidir: decidir no tempo, e segundo a nossa opinião. E o ato voluntário inscreve-se sempre num contexto que o limita: a situação presente, o momento no qual ele ocorre. Deliberar é determinar – e qualquer deliberação, como qualquer acção, comporta um risco que não podemos esquecer. Decidir é escolher

uma ação de entre várias possíveis e dirigida para a resolução de um determinado problema. Por aqui se vê que a decisão pode ser orientada segundo uma ideologia, condicionada por crenças e valores, pelas prioridades e/ou pelos objetivos. Por outro lado, resolver o problema (que era o pretendido) é condicionado pela escolha da melhor ação e à existência de competências para a levar a cabo. De certa forma, a nossa decisão acerca dos cuidados a prestar ou que prestamos é orientada pelas normas da instituição, pelas regras ou cultura da organização, pelas nossas necessidades ou interesses como profissionais ou centra-se nos próprios cuidados.

Enquanto enfermeiros, **atuamos nas áreas** da prestação de cuidados, da gestão, da formação, da investigação. A autonomia tem de se refletir em qualquer tomada de decisão, inevitavelmente ligada à nossa capacidade, à nossa obrigação profissional e ao compromisso – e mandato social - que assumimos. E temos de gerir bem a autonomia, sem cair no excesso ou no defeito – ou seja, sem prescindirmos de sair para o mar mas sem nos afoitarmos de tal modo que naufragamos. Eventualmente, haverá contextos e áreas de atuação em que parece poder ser mais evidente o exercício da autonomia responsável. É o caso da **investigação**, por exemplo. Pareceria que um investigador age sempre no domínio da autonomia científica. Todavia, a sua responsabilidade continua a ser com a centralidade nos cuidados e com o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Da **gestão**, dir-se-á que existe uma relação evidente com a Liderança sendo que a principal responsabilidade do enfermeiro chefe é responder pela qualidade dos cuidados de enfermagem na sua unidade de cuidados; promover o desenvolvimento de competências dos profissionais, orientar o seu desempenho, são meios para essa finalidade, que é a melhoria da qualidade dos cuidados. No **ensino**, a tarefa mais relevante do professor é a de dotar o estudante de instrumentos que lhe permitam desenvolver uma aprendizagem significativa e vir a ser um profissional reflexivo, autónomo e responsável. A **formação** desenvolve-se em torno das respostas às necessidades de aperfeiçoamento e de desenvolvimento dos profissionais – para que estes desenvolvam a qualidade e a segurança dos cuidados. Na **assessoria**, a finalidade é dar suporte às decisões, preparar pastas e materiais, potenciando uma melhor decisão por terceiros. A **prestação de cuidados**, como o próprio nome indica, centra-se no cuidado a uma pessoa. E aqui, a *centralidade* do centro da nossa preocupação é mesmo a pessoa que temos ao nosso encargo e que nos cabe e nos comprometemos cuidar.

Daí, que a autonomia e a responsabilidade se configurem como fundantes da centralidade dos cuidados, em qualquer área de atuação do enfermeiro. Sendo que a nossa própria razão de ser,

enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade: porque somos enfermeiros.

III. Um leque de (cinco) desafios

§ O primeiro desafio é o da **auto-consciência profissional**. Seja de cada um, seja do grupo/equipa de enfermeiros. Trata-se de colocarmos aqui a apropriação das finalidades da profissão.

Pensar é trazer as coisas, que nos acontecem e que acontecem em nós, ao exercício da nossa consciência. Pensar põe em causa, ou seja, interroga o sentido do socializado, do que reproduzimos porque «sim», porque «sempre assim foi», porque «toda a gente faz assim» ou pelo que julgamos que esperam de nós. Uma espécie de desafio prévio, que passa por pensar - o que faço? Com que resultado? Como faço? - Mais, o que penso sobre o que faço? Como me refiro à minha profissão?

Assume-se que, ao inscrever-se na Ordem, isto é, ao solicitar autorização para o exercício profissional, o enfermeiro assume o dever de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega”³ e a partir daqui, reflecte-se sobre o próprio conceito de responsabilidade, sobre a responsabilidade pelos actos praticados e delegados bem como sobre a responsabilidade pelos outros, especificamente por aqueles que se confiam aos nossos cuidados. Ser responsável significa responder pelos nossos atos - pelas decisões, que os antecedem, e pelas consequências, que se sucedem. Pelo que faço, pelo que delego. A tomada de decisão do enfermeiro operacionaliza-se com os agidos: o que realiza, incluindo o que decide *não agir*. O que coloca igualmente a questão das possibilidades de recusa de cuidados (da objecção de consciência, por exemplo) e a questão fundamental da segurança dos clientes.

De acordo com o REPE, as intervenções de enfermagem são *autónomas e interdependentes*⁴ – julgo que o que mais as distingue é Quem prescreve a intervenção (o prescritor, diria), ou seja, quem inicia o processo de prescrição de cuidados – ou se trata do enfermeiro, por sua iniciativa e única responsabilidade, ou o enfermeiro age na sequência de outro profissional, de planos ou de orientações previamente definidas, em que ajuíza e realiza (ou não, se fôr o caso) a execução técnica, de acordo com o juízo que realizou, para *aquele* caso concreto. E é responsável pela sua acção. Por isso, os

³ Lei Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro Artigo 79, alínea b).

⁴ Artigo 9.º do REPE - Intervenções dos enfermeiros – “1 - As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes. 2 - Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. 3 - Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.” (Decreto-lei n.º 161/96, de 4 de Setembro)

enfermeiros prestam cuidados sempre de forma autônoma. A antiga expressão «está prescrito, está prescrito» é um bom exemplo dos tempos em que o enfermeiro considerava ter ações dependentes – um outro profissional prescreve e assume tudo, incluindo o que designava que fosse feito – mas de há muito que não é assim: o enfermeiro não é o profissional que age sob a responsabilidade de outrem. Por outro lado, a existência de protocolos ou de planos previamente definidos, que pode ir de uma administração terapêutica à vacinação de acordo com o Plano, sendo claramente fonte de intervenções interdependentes, carecem do juízo profissional, clínico, circunstanciado, do enfermeiro que decide se e em que termos são aplicáveis *naquele* caso concreto. É visível que intervenções interdependentes significam que o enfermeiro assume, na mesma, os atos que pratica, ainda que realizados na sequência da iniciativa de outro profissional - por isso lhe cabe garantir que os seus atos visam sempre o interesse do cliente, no respeito pela deontologia e no quadro legal em vigor. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo de prescrição e mesmo quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelas decisões que toma e pelos seus próprios atos.

Finalmente, ainda nesta questão da auto-consciência, é fundamental perceber como vejo, encaro, o que faço. Todos nós temos, ou melhor, cada um de nós tem determinado nível de consciência de Si mesmo - ou seja, percebemos os padrões da nossa vida, os projetos, o que realizamos no dia-a-dia e *porquê*, ou o *porquê* do *como*. É suposto que eu reconheça quando estou mal-humorada ou tenha dúvidas sobre o que fazer - estamos num território próximo do cruzamento entre a consciência de Si, os valores éticos e a inteligência emocional. Ser consciente de Si envolve reflexão, auto-conhecimento crítico. Agora, pensemos nisto ao nível profissional, ou seja, as representações temos sobre nós, como nos vemos, como nos explicamos uns aos outros. Quando refiro «auto-consciência profissional», quero dizer a consciência de Si como enfermeiro, a perspectiva da profissionalidade e da autonomia percebida e vivida.

E este desafio é grande, porque pode debater-se contra os estereótipos sobre os enfermeiros, os auto-preconceitos, as crenças sobre o nosso valor (ou falta dele) e o diferencial entre nossa própria autonomia como a percebemos e como a vivemos. Que o REPE e o Estatuto da Ordem passam para os contextos das práticas pelas nossas ações e não meramente como referenciais reguladores.

§ O segundo desafio que se nos apresenta é o do **conhecimento e debate em equipa**. De atualização e co-construção. Claro que temos aqui dois sentidos de equipa: dentro da profissão e com os outros profissionais. A efetivação dos cuidados de Enfermagem considera e responde às necessidades concretas de cada pessoa, família ou comunidade, tendo como pano de fundo que o “gesto do enfermeiro situa-se

sempre no cruzamento da relação de ajuda”⁵. O cuidado profissional tem os limites decorrentes dos princípios éticos, das normas deontológicas e legais enquadradas nas situações concretas - sendo certo que se procura a excelência em cada acto profissional⁶, quando dirigida ao Outro, torna-se imperativo algo do género «age de tal forma que sempre protejas a pessoa de quem cuidas no sentido em que a sua humanidade exige ser protegida»⁷.

Por isso, a formação, a atualização, são essenciais. Quer de partilha do que ouvimos em congressos, do que pesquisámos para um certo caso, do que os estudos mais recentes identificaram. Porque o que sabemos suporta as competências que desenvolvemos. Porque esta é uma profissão «intelectual e científica». Não posso agir hoje com o que sabia o ano passado (às vezes, ontem) pois enho de ter a certeza que o que estou a agir corresponde à melhor resposta possível de acordo com as «legis artis», que incluem a melhor evidência científica.

§ O terceiro desafio é da responsabilidade em contextos de escassos recursos e necessidades de resposta rápida, ponderando **dotações e métodos de organização dos cuidados**. Claro que também estou a pensar na vossa realidade, de exercício em unidades de urgência e intensivos. Na generalidade, os recursos humanos qualificados são escassos - ou são menos do que precisaríamos, o que vem a dar no mesmo.

Em 2004, o ICN, Conselho Internacional de Enfermeiros emitiu um relatório⁸ sobre a escassez global de enfermeiros registados (ou seja, como nós). Quando dizemos «escassez global» estamos a referir uma carência de enfermeiros qualificados que são necessários para cuidar de doentes individuais e da população como um todo. O trabalho dos milhões de enfermeiros do mundo não é bem compreendido, nem mesmo por membros educados da sociedade - a enfermagem é um campo científico específico e uma profissão autónoma, cujos profissionais qualificados salvam vidas e melhoram os resultados em saúde, todos os dias numa ampla variedade de ambientes. E se um dos fatores fundamentais para a escassez de enfermeiros fosse a diferença entre o que os enfermeiros realmente fazem e o que o público pensa que fazem? Curiosamente, este é tido como um dos fatores de base das causas aparentes mais imediatas da escassez. Entre outros, como condições de trabalho precárias, recursos inadequados para a investigação e educação em enfermagem, envelhecimento do grupo profissional de enfermagem bem

⁵ BLONDEAU, Danielle (Dir.)(1986) *De L'Éthique à la Bioéthique: repères en soins infirmiers*. Québec : Gaetan Morin Éditeur.. p.73 (“le geste infirmier se situe toujours au carrefour de la relation d’aide”).

⁶ CDE, enunciado do artigo 88.

⁷ NUNES, Lucília (2005) *Justiça, Poder e Responsabilidade: articulação e mediações nos cuidados de Enfermagem*. Loures: Lusociência. p. 310.

⁸ International Council of Nurses (2004) The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions. Disponível em http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf

como da população em geral. Como os estudos demonstram que uma dotação desadequada de enfermeiros em ambientes clínicos tem um significativo impacto negativo sobre os resultados em saúde dos doentes, incluindo a mortalidade e a morbilidade, a escassez de enfermeiros torna-se, literalmente, uma crise global de saúde pública. Isto afirmava-se em 2004, antevendo que a escassez de enfermeiros se agudizaria. O nosso caso, em Portugal, tem mais (e outros) contornos de complexidade pois muitos enfermeiros, recém-diplomados mas também com muita experiência clínica, têm emigrado. Contas feitas, temos menos recursos de Enfermagem do que os cidadãos precisam. Conseguimos que isto seja compreendido? Precisamos de desenvolver competências comunicativas, de discurso. E de ter dados científicos, indicadores, que suportem os cálculos de dotações seguras.

Em que medida este desafio se nos coloca? Em dezembro de 2014 foi publicado um Regulamento com a "norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de Enfermagem"⁹. No preâmbulo, afirma-se "Tendo em conta que não existe um método único para cálculo de dotação de enfermeiros, a presente Norma considera para os serviços de internamento o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), I. P., que permite determinar as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem traduzíveis em horas de cuidados, o qual possui uma base de dados nacional com cerca de 32 milhões de registos, decorrentes da informação produzida durante os 26 anos de existência deste programa." Toda a norma assenta nas HCN - Horas de Cuidados Necessárias - sendo claro que as dotações também têm relação com os métodos de distribuição de trabalho nas equipas.

Façamos aqui um parêntesis - quando digo «métodos de organização dos cuidados» estou a referir, na generalidade, os que temos e existem em Portugal para fazer face à "distribuição de trabalho"- ou seja, o método funcional (também conhecido como à *tarefa*), o individual, por responsável (ou enfermeiro de referência), por posto de trabalho, em equipa e gestão de caso. Lembram-se de mais algum?!

O método **funcional** assemelha-se a *uma linha de montagem*, pela atomização das tarefas pois não existe propriamente um processo de cuidados individualizado à pessoa mas a realização de uma tarefa julgada necessária aos doentes; quando comecei a trabalhar distribuíamos assim, uma enfermeira ficava com a medicação do turno, uma com os pensos, higiene, etc - já muito se escreveu¹⁰ sobre este método, sobre a fragmentação em que assenta e a ocultação que dele resulta quanto à especificidade do

⁹ Regulamento n.º 533/2014 – Diário da República n.º 233/2014, Série II de 2014-12-02 Ordem dos Enfermeiros. Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem.

¹⁰ Cf. Costa, J. Métodos de Prestação de cuidados. In "Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos». p. 234-251; Lopes, Noémia (1995) Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*, 6, Out. / Dez., 34-39.

trabalho de Enfermagem. É claro que a compreensão da pessoa como um todo não existe no método funcional, mesmo que pareça ser o mais rápido na execução das tarefas.

O método **individual** aponta um cuidado global a um conjunto de doentes num turno, por um enfermeiro, a quem cabe a responsabilidade dos cuidados no seu todo - do tipo, um enfermeiro fica com os doentes que estiverem internados no serviço, da cama x à cama y, dependendo dos níveis de dependências dos doentes nesse turno. Parece ser um dos métodos de organização dos cuidados mais utilizados em contextos hospitalares.

No método de prestação de cuidados por **enfermeiro responsável** um conjunto de doentes está atribuído a um enfermeiro, que realiza o processo de cuidados da admissão à alta; claro que como nenhum enfermeiro está de serviço 24 horas, requer que outros enfermeiros, designados por «associados», assegurem a continuidade do plano global. Associa-se ao *modelo de parceria de cuidados*, sendo que o doente e a família estão envolvidos nos cuidados e associados ao enfermeiro responsável ou de referência. É considerada a metodologia que melhor responde à satisfação das necessidades do doente, pela relação de confiança estabelecida entre enfermeiro e doente e a que mais satisfação promove nos enfermeiros pela autonomia e capacidade de decisão que possibilita. Podemos pensar que tem relação com o modelo de enfermeiro de família, neste sentido essencial de, numa equipa multidisciplinar, basear-se na parceria com a família visando capacitá-la a nível de competências e independência, englobando-a no planeamento, na execução das intervenções e na mudança, numa perspectiva dinâmica de bem-estar nas dimensões interaccionais, funcionais e estruturais do sistema familiar¹¹.

O método de **trabalho em equipa** requer a concertação das capacidades individuais, sob a liderança de um «chefe de equipa», e um trabalho em colaboração, em que os doentes são «distribuídos» tendo em conta as competências dos enfermeiros da equipa. É muito importante que conheçam as competências e as dificuldades uns dos outros; e a figura central é o líder da equipa, pois caso o modelo não seja bem coordenado corre o risco de se tornar num método individual em grupo e, até, funcional.

A distribuição de cuidados por **posto de trabalho** ocorre quando um enfermeiro toma conta de um local, como o balcão da Urgência, a sala de Pequena Cirurgia, a Sala de tratamentos, etc e presta cuidados aos utentes que aí recorram. Também se aplica em contextos que tenham posto de trabalho, como no Bloco Operatório (sendo os enfermeiros alocados a postos como circulante, anestesista, instrumentista).

Finalmente, o método de **gestão de caso**, que articula participações técnicas individualizadas e colaborativas para o diagnóstico, planeamento, facilitação, implementação, coordenação, monitorização

¹¹ Figueiredo, M. H.; Martins, M. M. (2010). Avaliação Familiar: Do Modelo Calgary de Avaliação da Família aos Focos da Prática de Enfermagem. *Ciência, Cuidados e Saúde*, pp. 552 - 559.

e avaliação de opções e serviços, tendo em vista responder às necessidades de pessoas mais vulneráveis e com necessidades complexas e crónicas de saúde - por isso tem sido mais utilizado perante pessoas com problemas de adição¹² a substâncias psicoativas. Findo este «entre parêntesis», espero que tenha ficado clara a relação entre as dotações eo dimensionamento das equipas com a metodologias de organização dos cuidados e a conceção de Enfermagem subjacente.

Assim, temos consciência que uma dotação representa uma oferta ou disponibilidade de horas de cuidados mas também uma conceção de cuidados? Que se o serviço utiliza método individual e eu decido, no meu turno, pelo funcional, estou a desconsiderar os doentes e a desvalorizar os meus cuidados? Será que é, para nós, clara a relação entre dotações (recursos), atividades e conceção de enfermagem?

§ O quarto desafio é o do foco no cliente, na pessoa; de ser a voz que pugna pela qualidade dos cuidados e pelo respeito pelos Direitos Humanos e nos resultados dos cuidados para a pessoa. O que nos leva a interrogar a elaboração do **projeto terapêutico centrado no doente**, no plano multidisciplinar. Vejamos, todos aqui trabalham em contexto hospitalar, certo? Ou seja, a vossa atividade baseia-se no trabalho em equipa, uni e multi profissional. E é sobejamente reconhecido, em diversos estudos, que o trabalho em equipa, o desempenho e as aprendizagens interprofissionais são relevantes para a melhoria dos cuidados. Um projeto terapêutico é um plano concebido por uma equipa multidisciplinar, com as sinergias das melhores evidências de todos os envolvidos, para se adequar à situação de uma pessoa em concreto. Evidentemente, que cada profissional da equipa pode «cuidar da pessoa», cada um com as suas competências e saberes, mas a melhor prática para aquele doente em concreto, para a D. Maria ou para o Sr Manuel, deveria ser estabelecida num plano multidisciplinar, que responda às necessidades da pessoa, incluindo-a e à sua família. Pois, o multidisciplinar não deveria ser fechado, antes reconhecer o relevante papel do próprio doente e dos que o acompanham na vida.

Ora muitas vezes o que temos é um somatório de planos uniprofissionais, poucas vezes discutidos em equipa e, infelizmente, muitas vezes na semi-ignorância uns dos outros, escassamente negociado com o doente. Há uns anos (umas décadas) falava-se do *plano de cuidados único* com uma perspetiva de originalidade - hoje, está mais que demonstrado que um projeto terapêutico adequado é **um**, centrado na pessoa e incluindo-a no processo. Notemos que «centrado na pessoa» não é centrado nos profissionais que rodeiam a pessoa ou no que estes consideram importante - tem de ser centrado nas

¹² Cf. Lopes, Joaquim (2012) Ser cuidado por um Enfermeiro gestor de caso. A experiência vivida da pessoa com problemas de adição. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Disponível em http://repositorio.ul.pt/jspui/bitstream/10451/7296/1/ulsd063772_td_Joaquim_Lopes.pdf

crenças e valores dos clientes, na tomada de decisão partilhada e numa prestação holística de cuidados. Evidentemente que há diferenças entre situações emergentes, agudas, crónicas, paliativas - mas a maior diferença nem é essa. É da nossa capacidade de considerar cada pessoa verdadeiramente como um caso e um todo.

E só a partir daqui podemos verdadeiramente falar de advogar pelo doente, de promover a capacitação e de ser a voz que preserva os interesses e os valores do doente, especialmente quando este não o puder fazer. Este desafio é enorme, especialmente por «desterritorializar» o agir profissional e requerer um verdadeiro trabalho em rede e em equipa, de profissionais que se complementam para uma finalidade que, ao mesmo tempo, comungam e é superior a cada parcela. Para a negociação do trabalho em equipa, se seguirmos Benner, precisamos de um sólido juízo clínico, de competência assente na experiência e de um sentido de auto-capacitação. E de mais alguns elementos, que configuram sabedoria clínica e um saber especializado.

§ Levando-nos ao quinto desafio é o do **desenvolvimento dos especialistas**, e convidava-vos a passar levemente por algumas ideias do último trabalho de Benner quanto a áreas de *sabedoria clínica*, conhecimentos qualificados e noções de boas práticas em cuidados críticos. Disse Patricia Benner e estou a referir-me, não à obra de *Iniciado a Perito*, mas a um texto mais recente, sobre *sabedoria clínica*¹³ no cuidado a doentes em situação aguda e crítica. Em síntese, quase telegráfica, para Benner, a prestação de cuidados ao doente em situação crítica exige um conjunto de competências e conhecimentos específicos, já que as intervenções devem ser imediatas e algumas surgem da interpretação do contexto. Temos de estar capacitados para utilizar o julgamento clínico de forma a decidir e direccionar as intervenções, tendo consciência que o desenvolvimento de competências técnico-científicas deve evoluir em conjunto com as aptidões relacionais e em contexto de prática clínica. Mais afirma Benner, que para um julgamento clínico adequado e uma prática reflexiva em cuidados críticos são essenciais nove aspetos, que orientam o pensamento em enfermagem nas diferentes situações - assim, é fundamental (a) estabelecer prioridades, (b) a aquisição de conhecimentos e sua aplicação prática, (c) capacidade de raciocínio face à mudança, (d) conhecimento especializado, (e) capacidade de agir face à resposta do doente, (f) capacidade de influenciar uma situação, (g) identificação e resolução de problemas, (h) articulação de princípios éticos com a prática clínica e (i) a capacidade de se colocar no lugar do outro.

As autoras consideram que a compreensão clínica que temos advém diretamente da experiência e das aprendizagens adquiridas nas práticas clínicas, pelo que é fundamental fazer “*distinções qualitativas*”, o

¹³ Benner, P.; Kyriakidis, P.; Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Intervention in Acute and Critical Care: A thinking-in-action approach*. Springer Publishing Company. New York: LLC

que implica saber reconhecer o padrão considerado normal e expectável para cada situação, utilizando o julgamento clínico. No doente em situação crítica é frequente a ocorrência de alterações clínicas, que exigem maior perspicácia para o reconhecimento de momentos de transição, para a antecipação e previsão de problemas. Por outro lado é esperado que consigamos executar julgamentos clínicos num curto espaço de tempo, garantindo assim o diagnóstico e gestão de funções fisiológicas sustentáveis em doentes instáveis.

Saindo agora do texto de Benner e outros, na nossa realidade nacional estão definidos os perfis de competências dos enfermeiros especialistas de *pessoa em situação crítica*, como outras áreas de especialidade. Todavia, não basta que os perfis estejam definidos, é preciso que a regulação profissional seja efetiva, que se criem realmente as novas especialidades, passando do papel à atribuição de título. Em bom rigor, à data presente, temos as mesmas especialidades definidas em 1985, que repetiam as formuladas duas décadas antes. As necessidades dos doentes alteraram-se, as tecnologias e as lógicas de organização dos cuidados também e importa que as especialidades respondam ao real cenário das necessidades em cuidados de enfermagem. Muitos de vós, enfermeiras e enfermeiros da urgência e de intensivos, decerto apreciariam ver reconhecido, com a possibilidade de atribuição de título profissional, a vossa área de desenvolvimento, de competências majoradas e específicas. Por sinal, eu também... Precisamos de desenvolver as lideranças clínicas, a visibilidade dos conhecimentos especializados e elementos objetivos que demonstrem as mais-valias dos enfermeiros especialistas (ou seja, que realizam cuidados especializados). Não chega dizermos que os especialistas *fazem a diferença*, é preciso ir além da perceção subjetiva, mesmo que seja coletiva na profissão, e sermos capazes de apresentar dados sustentáveis. Aqui, o desafio materializa-se em várias direções, desde a regulação de especialidades à investigação clínica.

Em síntese, foram cinco desafios que vos propus, o desenvolvimento da auto-consciência profissional, do conhecimento e debate em equipa, da relação entre dotações e organização dos cuidados, do projeto terapêutico centrado no cliente e o desenvolvimento dos especialistas. Espero ter-vos desafiado a uma reflexão conjunta e partilhada, que amplie e alargue a tomada de decisão autónoma percebida e vivida em Enfermagem.

